

Perfil dos pacientes internados no Hospital São José do Avaí com suspeita de gripe A H1N1*

Profile of patients admitted at São José do Avaí Hospital suspected Influenza A H1N1

Albino Vieira Brum¹, Geovana Bertoldi Defaveri², Danielle Magalhães Sá Goulart², Aline dos Santos Nogueira², Otávio Diana de Freitas³

*Estudo realizado no Hospital São José do Avaí, Departamento de Clínica Médica, Itaperuna, RJ.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A gripe A H1N1 tão logo que surgiu, tornou-se uma pandemia, afetando diversos países e gerando preocupações, tanto por levar a um número elevado de internações hospitalares, não somente no Brasil, mas em todo o mundo, como por estar vinculada a complicações. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dos primeiros pacientes com suspeita de gripe A H1N1 e a sua evolução clínica.

MÉTODO: Participaram deste estudo 101 pacientes internados no período de 5 de agosto a 23 de novembro de 2009, avaliados através de dados secundários dos prontuários do Hospital São José do Avaí (HSJA) e dados do Setor de Epidemiologia do Posto de Saúde Raul Travassos (Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna, RJ).

RESULTADOS: Dos 101 pacientes avaliados, 59,4% eram do sexo feminino e 40,6% do sexo masculino. A faixa etária variou de zero a 82 anos com predomínio de menores de 20 anos (34,7%). Foi coletado material para confirmação diagnóstica de 15 pacientes, com um total de 11 resultados positivos e 4 negativos. Desses 15 pacientes, 11 necessitaram de ventilação mecânica e 8 evoluíram para óbito. Todos os pacientes confirmados com gripe A que evoluíram para óbito, apresentavam comorbidades prévias.

CONCLUSÃO: A avaliação inicial atenta dos pacientes com suspeita de gripe A é de suma importância para o diagnóstico clínico da doença, a fim de que através do tratamento ade-

quado e precoce possa reduzir a ocorrência de complicações, formas graves e óbitos, obtendo melhor prognóstico.

Descritores: Surtos de doenças, Vírus da Influenza A, Vírus da Influenza A subtipo H1N1.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: As soon as Influenza A H1N1 emerged, it became a pandemic, affecting many countries, raising concern both for causing a high number of hospital admissions, not only in Brazil but all over the world, and for being linked to complications. The aim of this study was to evaluate the profile of the first patients suspected influenza A H1N1 and the clinical outcome.

METHOD: In this study, a cohort of 101 patients was hospitalized from August 5 to November 23, 2009, assessed through secondary data from medical records at HSJA and data from the Epidemiology Section of Raul Travassos Health Post (Municipal Health Itaperuna, RJ).

RESULTS: Of 101 patients, 59.4% were female and 40.6% male. Their ages ranged from 0 to 82 years with a prevalence of less than 20 years old (34.7%). Material was obtained to confirm the diagnosis of 15 patients, with a total of 11 positive and 4 negative. Of these 15 patients, 11 required mechanical ventilation and 8 died. All patients with confirmed influenza A who died, had comorbidities.

CONCLUSION: The initial alert evaluation of patients suspected of having influenza A is of great importance for the clinical diagnosis of the disease, so that by early and adequate treatment, the occurrence of complications and death can be reduced, obtaining a better prognosis.

Keywords: Influenza A virus; Influenza A subtype H1N1 virus, Outbreaks of diseases.

INTRODUÇÃO

A gripe A é uma doença respiratória aguda causada pelo vírus Influenza A H1N1¹. O vírus causador dessa gripe contém genes dos vírus influenza A humano, suíno e aviário² e possuem vários subtipos que sofrem contínuas mutações, surgindo novas cepas³.

Em abril de 2009, foi detectado no México um novo vírus da Influenza A, o H1N1, colocando em alerta a Saúde Pública mundial. Esta nova cepa rapidamente se disseminou, causan-

1. Chefe do Serviço de Clínica Médica e do Centro de Tratamento Intensivo Geral do Hospital São José do Avaí; Membro da SBCM e Membro da Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Itaperuna, RJ, Brasil

2. Residente de Clínica Médica do Hospital São José do Avaí. Itaperuna, RJ, Brasil

3. Graduando de Medicina da Universidade Iguazu. Itaperuna, RJ, Brasil

Apresentado em 02 de fevereiro de 2011

Aceito para publicação em 16 de maio de 2011

Endereço para correspondência:

Dra. Geovana Bertoldi Defaveri

Rua Coronel Romualdo Monteiro de Barros, 251 – Cidade Nova

28300-000 Itaperuna, RJ.

Fone: (22) 3822-1237

E-mail: geovanabd@globocom

do uma pandemia e o agente passou a ser denominado vírus influenza pandêmico (H1N1) 2009³.

No Brasil os primeiros casos estavam vinculados a viagens internacionais e posteriormente passaram a ser autóctones (ocorrendo dentro do território nacional)². Para o enfrentamento dessas situações, planos para as fases de contingência e mitigação do problema foram elaborados e vem sendo sistematicamente atualizados pelo Ministério da Saúde com base nas orientações emanadas da Organização Mundial de Saúde (OMS)³.

A transmissão geralmente é direta (de pessoa a pessoa), por meio de pequenas gotículas de aerossol expelidas pelo indivíduo infectado com o vírus (ao falar, tossir e espirrar). Também há evidências de transmissão pelo modo indireto, por meio de contato com as secreções do doente, neste caso, as mãos são os principais veículos. A eficiência da transmissão depende da carga viral, fatores ambientais (umidade e temperatura) e do tempo transcorrido entre a contaminação e o contato com a superfície contaminada³.

O período de transmissibilidade nos adultos ocorre a partir de um dia antes do início dos sintomas até 7 dias após o início dos sintomas, enquanto que crianças e pacientes imunossuprimidos podem disseminar o vírus por períodos maiores, por até 14 dias após o início dos sintomas. O período de incubação varia de 1 a 7 dias¹. No inverno, em virtude das baixas temperaturas e da maior permanência das pessoas em locais fechados, o risco de transmissão é maior¹.

A síndrome gripal inicia-se com a instalação abrupta de febre alta, seguida de tosse seca, odinofagia, prostração, mialgia e cefaleia. O quadro clínico pode variar desde uma doença respiratória leve e autolimitada até desidratação, acometimento do trato respiratório inferior, pneumonia bacteriana secundária, acompanhada ou não por síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e choque¹. O principal diagnóstico diferencial é com a influenza sazonal e outros vírus respiratórios. A morbidade desta síndrome é amplificada por aspectos relacionados à agressividade do vírus, as características do hospedeiro, atraso no tratamento, identificação inapropriada das complicações ou dificuldade de sua identificação⁵.

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil clínico dos pacientes internados no HSJA com suspeita de infecção pelo vírus influenza pandêmico (H1N1) 2009, suas características e evolução clínica hospitalar.

MÉTODO

Após aprovação do Comitê de Ética do Hospital São José do Avaí (HSJA), protocolo nº 0012/2011, realizou-se este estudo retrospectivo e observacional dos primeiros 101 pacientes consecutivos internados no HSJA com suspeita de gripe A H1N1, no período de 5 de agosto a 23 de novembro de 2009. O HSJA é referência da região Noroeste Fluminense sendo, portanto, incluídos neste estudo pacientes encaminhados de municípios vizinhos.

Foram incluídos os pacientes internados que fizeram uso de oseltamivir (tamiflu®) associado à antibioticoterapia. Os pacientes foram selecionados com base no banco de dados e

prontuários médicos, onde foram obtidos os dados epidemiológicos, tipo de tratamento efetuado e o desfecho clínico.

No atendimento inicial foram avaliados sinais de alerta, agravamento e fatores de risco para complicações (Quadro 1). Aqueles que preencheram os critérios de gravidade foram internados. Os que apresentaram fator de risco sem indicação de internação, assim como aqueles sem fatores de risco receberam, quando indicado, tratamento antiviral associado a antibiótico, sendo orientados quanto ao aparecimento de sinais de agravamento e acompanhados ambulatorialmente. As gestantes obedeceram aos mesmos critérios utilizados para os demais pacientes com relação à internação, coleta de exame e tratamento. Evitou-se a prescrição indiscriminada do antiviral pelo risco de induzir resistência ao vírus influenza. Os casos de doença respiratória aguda grave foram imediatamente notificados à vigilância epidemiológica do município.

Quadro 1- Critérios de gravidade para internação

Grupos de Risco para Complicações	Sinais de Alerta e Agravamento em Adultos
Gestantes	Dispneia
Crianças (< 2 anos)	Taquipneia
Idosos (> 65 anos)	Hipóxia
Distúrbios crônicos pulmonares (incluindo asma), cardiovasculares (exceto hipertensão controlada), hepáticos, neurológicos, metabólicos, hematológicos ou neuromusculares	Cianose
Imunodepressão medicamentosa ou por doenças (uso de imunossuppressores, quimioterápicos, corticóides em dose alta, portadores de síndrome de imunodeficiência adquirida, neoplasias, etc.)	Vômitos incoercíveis
Residentes em instituições de repouso e hospitais de pacientes crônicos	Oligúria
	Vertigens
	Alterações da consciência
	Agravamento de enfermidade crônica
	Hipotensão arterial

Exames laboratoriais (hemograma e bioquímica), radiografia de tórax e gasometria arterial foram realizados de rotina em todos os pacientes. Outros exames complementares, como tomografia computadorizada de tórax, hemocultura, lactato, etc., foram realizados conforme pertinentes à clínica e acompanhamento do paciente.

Para confirmação diagnóstica, foi realizada a coleta de amostras de *swab* de nasofaringe e orofaringe e/ou sangue. Foram coletadas preferencialmente até o 3º dia de início dos sintomas sendo ampliado até no máximo 7 dias. A técnica para confirmação preconizada pela OMS, com maior sensibilidade e especificidade é o PCR Real Time (PCR-RT)². Os pacientes submetidos à coleta de material para confirmação diagnóstica foram selecionados pelo Serviço de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, sendo realizado nos pacientes que apresentaram doença respiratória aguda grave e nos óbitos, independente do tempo de evolução. As amostras dos casos suspeitos foram enviadas para os Laboratórios de Referência credenciados pela OMS.

Foi providenciado isolamento no ambiente hospitalar em local de boa ventilação, mantido até o 7º dia da data de início

dos sintomas, caracterizando o fim do período de transmissibilidade. Dos 93 pacientes que receberam alta hospitalar, a maioria manteve acompanhamento ambulatorial.

Considerando que se trata de utilização de dados secundários, não houve necessidade de obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos pacientes. Contudo, em atendimento ao preconizado na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁵, foram preservados o anonimato dos pacientes e o sigilo das informações.

RESULTADOS

A amostra analisada foi constituída de 101 pacientes, sendo 60 (59,4%) do sexo feminino e 41 (40,6%) do sexo masculino. A idade dos pacientes variou de zero a 82 anos. A faixa etária mais frequente foi de zero a 20 anos (34,7%), seguida de 21 a 40 anos (31,7%), de 41 a 60 anos (29,7%) e acima de 60 anos (3,9%) (Gráfico 1). Dentre estes pacientes, 11 (10,9%) eram gestantes, com idade entre 16 e 35 anos e apenas uma apresentou doença respiratória aguda grave, sendo submetida à coleta de *swab* de naso e orofaringe, com resultado positivo, evoluiu sem demais complicações com o tratamento, sem necessidade de intubação orotraqueal.

Foram submetidos à coleta de material para confirmação diagnóstica de infecção pelo vírus influenza pandêmico (H1N1) 15 (14,8%) pacientes, sendo que 6 obtiveram resultado positivo confirmado por laboratório; 5 com exame laboratorial negativo, porém, com contato próximo de um caso laboratorialmente confirmado ou pertencente à mesma cadeia de transmissão (clínico epidemiológico), que permitiram resultado final positivo, sendo assim, 11 pacientes considerados positivos e 4 com resultado negativo.

Dos 101 pacientes avaliados, 11 (10,9%) apresentaram doença respiratória aguda grave com indicação de intubação orotraqueal e ventilação mecânica, necessitando cuidados em terapia intensiva. Desses 11 pacientes, 9 eram positivos, 2 negativos e 8 evoluíram para óbito (Gráfico 2). Dos 8 óbitos, 7 eram positivos e 1 negativo; 6 eram obesos, 5 hipertensos e 2 diabéticos. O único óbito negativo, assim como os 3 pacientes que foram extubados, não apresentavam comorbidades.

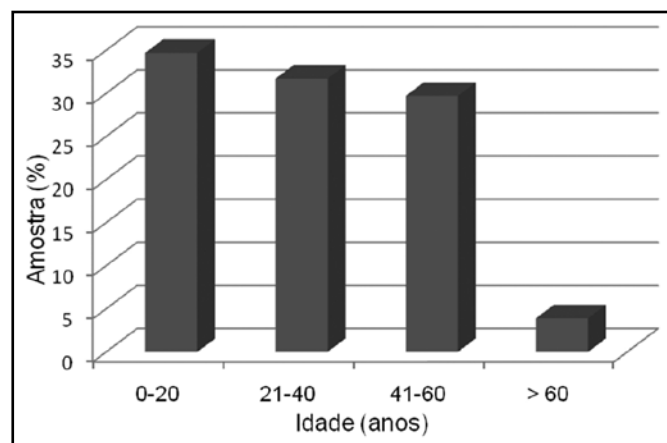


Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes por faixa etária

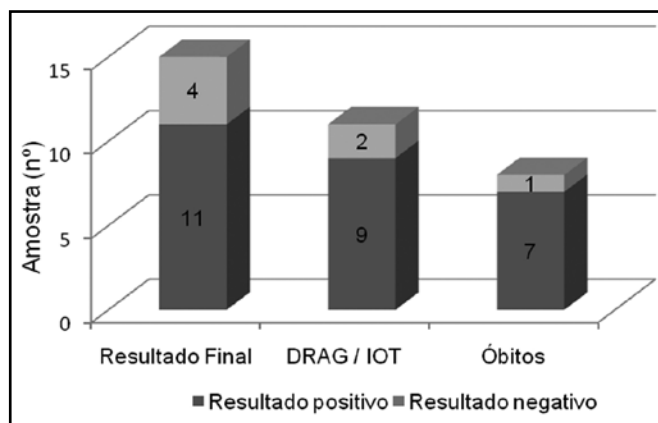


Gráfico 2 – Avaliação conforme resultados

DRAG= doença respiratória aguda grave; IOT= intubação orotraqueal

DISCUSSÃO

No presente estudo, houve predomínio do sexo feminino e a faixa etária de maior incidência foi menor ou igual a 20 anos, com importante diminuição nos idosos, o que condiz com achados da literatura. A teoria de alguns pesquisadores é de que os idosos possivelmente teriam sido expostos a um vírus semelhante ao H1N1 e, por isso, estariam mais protegidos.

O principal critério de internação foi estado gripal associado à dispnéia, hipoxemia e/ou evidência clínica e radiológica de pneumonia. Dos exames complementares, a gasometria arterial foi de fundamental importância na admissão dos pacientes que se apresentavam com estado gripal associados à hipoxemia.

O tratamento proposto para estes pacientes foi baseado no antiviral e nos antibióticos. Os pacientes internados receberam oseltamivir, preferencialmente até 48 horas após o início dos sintomas. Em adultos, na dose recomendada de 75 mg, 2 vezes ao dia e crianças menores que 40 kg a dose variava com o peso, ambos por 5 dias². A antibioticoterapia utilizada foi ceftazidime e vancomicina, indicados de forma empírica e precoce, de acordo com protocolo da instituição para pneumonia grave.

A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) não foi recomendada, uma vez que os pacientes em insuficiência respiratória aguda em decorrência do quadro gripal têm progressão rápida, com menor possibilidade de reversão do quadro em curto prazo. A VMNI pode retardar a intubação e levar a deterioração do quadro, além de estar relacionada com a formação de aerossol e aumento do risco de transmissão⁴. A ventilação mecânica invasiva seguiu as recomendações para ventilação de pacientes com SDRA. O suporte hemodinâmico seguiu as atuais recomendações para tratamento de sepse grave.

Dados obtidos no presente estudo demonstraram que todos os pacientes com resultado positivo para gripe A que evoluíram para óbito eram portadores de outras doenças antes de serem contaminados pelo vírus, em especial, obesidade, hipertensão arterial e diabetes.

CONCLUSÃO

A infecção pelo vírus influenza pandêmico (H1N1) em 2009 pode gerar quadro de síndrome da resposta inflamatória sistêmica.

ca e sepse. Por isso, a avaliação inicial atenta dos pacientes com suspeita, seu rápido reconhecimento e tratamento precoces são tão imperiosos. Assim, com intervenções terapêuticas precoces, possa-se mitigar a tendência evolutiva para complicações, obtendo um melhor prognóstico.

Neste estudo observou-se que os pacientes que evoluíram para formas graves, sua maioria apresentavam comorbidades.

A vacina é a melhor estratégia disponível para a prevenção da influenza e suas consequências, proporcionando impacto indireto na diminuição do absenteísmo no trabalho e dos gastos com medicamentos para tratamento de infecções secundárias, das internações hospitalares e da mortalidade evitável. No Brasil, a vacinação em 2010 contemplou, por ordem de prioridade: profissionais de saúde, gestantes, portadores de doenças crônicas, indígenas, crianças saudáveis maiores que 6 meses até 2 anos e adultos saudáveis de 20 a 39 anos³. Em 2010, o número de casos graves e mortes foram menores, mostrando a efetividade da vacinação no controle da doença. Vacinando os que estavam mais expostos, foi possível reduzir a circulação do vírus no país.

AGRADECIMENTOS

Ao Serviço de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, Srta. Neide, responsável pela coleta das amostras e verificação dos resultados, pela sua colaboração ao Serviço de Clínica Médica deste hospital e ao trabalho proposto.

Ao Grupamento de Bombeiro Militar de Itaperuna (21º GBM) pela distribuição do antiviral feita mediante apresentação de receita médica e formulário padrão devidamente preenchido.

REFERÊNCIAS

1. Portal da Saúde – Influenza A (H1N1) (homepage). Brasília, DF: Ministério da Saúde; (acesso em 30 nov. 2009). (8 telas). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1534.
2. Machado AA. Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. *J Bras Pneumol* 2009;35(5):464-469.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, editor. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso. 8ª ed. Revista Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS; 2010.
4. Recomendações para abordagem racional dos pacientes adultos com complicações decorrentes da nova gripe – H1N1 admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (homepage). São Paulo, SP: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (acesso em 30 set. 2009). (2 telas). Disponível em http://www.amib.org.br/noticias.asp?id_noticia=264.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. (Resolução 196/96 e outras). 2ª ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf.
6. Perez-Padilla R, de la Rosa-Zamboni D, Ponce de Leon S, et al. Working Group on Influenza. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med* 2009;361(7):680-9.
7. Chowell G, Bertozzi SM, Colchero MA, et al. Severe respiratory disease concurrent with the circulation of H1N1 influenza. *N Engl J Med* 2009;361(7):674-9.
8. Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, et al; 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Hospitalizations Investigation Team. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med* 2009;361(20):1935-44.
9. Domínguez-Cherit G, Lapinsky SE, Macias AE, A, et al. Critically Ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico. *JAMA* 2009;302(17):1880-7.
10. Beigel JH. Influenza. *Crit Care Med* 2008;36(9):2660-6.
11. Zimmer SM, Burke DS. Historical perspective--Emergence of influenza A (H1N1) viruses. *N Engl J Med* 2009;361(3):279-85.
12. Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006;175(11):1377-81.